



Número de legajo _____
(Para uso exclusivo del departamento)

ACUERDO DE MEDIACIÓN

Nombre del niño o de la niña _____ Fecha de nacimiento _____

Fecha de mediación _____

Primeros Pasos local _____

Partes:

Padre/Madre/Tutor/Tutora

Representante de Primeros Pasos local

Otros participantes (*Favor de incluir la relación con el niño o la niña*):

Términos del Acuerdo (*Utilice hojas adicionales si es necesario*): _____

Firma de Padre/Madre/Tutor/Tutora

Firma del o de la Representante de Primeros Pasos local

Nombre en letra de imprenta

Nombre en letra de imprenta

Firma de Padre/Madre/Tutor/Tutora

Firma del Mediador o la Mediadora

Nombre en letra de imprenta

Nombre en letra de imprenta

Copia: Primeros Pasos local
Padre/Madre/Tutor/Tutora
Servicios Médicos Infantiles/Primeros Pasos

